Rok XXXV. Kraków 1. Lutego 1896. Nr. 5.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I.

Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka uwag o obrzęku śluzakowym (*myxoedema*).

Podał

Dr. Ludomił Korczyński,

pierwszy asystent kliniki lekarskiej.

Przeszło dwadzieścia lat minęło, odkąd poznano i bliżej określono nową postać chorobową, wprowadzając ją do patologii pod nazwą obrzęku śluzakowego *(myxoedema).* Pomimo, że w tym okresie czasu wiele dokonano celem dokładnego zrozumienia patogenezy, ustalenia symptomatologii a nawet skutecznego leczenia tej choroby, nie możemy dziś jeszcze uważać sprawy tej za zupełnie zamkniętą [1]). Na podstawie obecnego stanowiska nauki z wielkiem prawdopodobieństwem utrzymywać należy, że między powstawaniem obrzęku śluzakowego a zniesieniem czynności gruczołu tarczykowego zachodzi ścisły, bezpośredni związek. Świadczą o tem liczne doświadczenia chirurgów, którzy po całkowitem, w celach leczniczych wykonanem wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego spostrzegali objawy chorobowe identyczne z objawami obrzęku śluzakowego, świadczą dalej liczne doświadczenia na zwierzętach, wreszcie wyniki lecznicze otrzymane przez wszczepienie (implantacyę) gruczołu tarczykowego w jamę otrzewnową lub pod skórę, wstrzykiwania podskórne wyciągów z gruczołu tarczykowego lub podawanie go wewnętrzne.

Bliższe jednak określenie tego związku jest na razie niemożebne wprost z tego powodu, że do tej chwili nie znamy właściwej czynności gruczołu tarczykowego i znaczenia jej dla ustroju. Pomijając dawniejsze przypuszczenia, jak Kochera, który gruczołowi tarczykowemu przypisywał znaczenie narządu regulującego krążenie krwi w mózgu i do zaburzeń w niem odnosił daleko idące następstwa w odżywieniu i ogólnej przemianie materyi ustroju a dalej teoryę Haddena, który kładł nacisk na gałązki nerwowe przebiegające wśród gruczołu tarczykowego, najwięcej przemawia do przekonania teorya t. zw. chemiczna, wypowiedziana poraz pierwszy przez Horsleya a rozwinięta, rozjaśniona i doświadczeniami na zwierzętach poparta przez wielu badaczy, przedewszystkiem Brunsa, Fuhra i Rogowicza, w którym to kierunku dalej pracowali i odnośne prace ogłosili między innymi także Albertoni, Tizzoni, Zesas, Wagner, Sanquirico i Canalis. Teorya ta przedstawianą bywa w dwóch odmianach tak, że właściwie mamy dwie teorye chemiczne. I tak, gdy jedni autorowie przypuszczają, że gruczoł tarczykowy wytwarza jakąś istotę do odżywienia i należytego sprawowania czynności układu nerwowego niezbędnie potrzebną, sądzą drudzy, że zadaniem substancyi przez gruczoł tarczykowy wydzielanej jest wiązanie, względnie rozkładanie istot trujących (toksalbuminów), których obecność w ustroju jest fizyologicznem następstwem życia i przemiany materyi. Za tą drugą teoryą zdają się wielce przemawiać doświadczenia Rogowicza, dokonywane na psach. Celem ich było przekonać się, czy krew psów po całkowitem wyjęciu gruczołu tarczykowego czyli z tak zwaną *cachexia strumipriva* posiada własności trujące. Z krwią taką robione transfuzye do żył zwierząt posiadających gruczoł tarczykowy, były bez wpływu; natomiast wy-

[1]) Pogląd na literaturę chronologicznie zestawioną patrz O. Leichtenstern: Ein mittelst Schilddrüseninjection und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxödema operativum. (Deutsche med. Wochenschrift 1893. Nr. 49. 50, 51).

stępywały drgawki u psów, którym poprzednio gruczoł tarczykowy wyjęto. Za teoryą tą przemawiają także obserwacye kliniczne tych przypadków, w których stwierdzono rozmaite objawy samozatrucia (*autointoxicatio*) [2], między innemi poważne zboczenia czynnościowe układu nerwowego, przedewszystkiem mózgu, jak rozmaitego rodzaju zboczenia w nastroju umysłowym a nawet wybitne psychozy, zboczenia, które na podstawie nowoczesnych badań, raczej następstwem zatrucia (G. Fano i L. Zanda [3]), Sgobbo i Lamavi) [4]) aniżeli nagromadzeniem mucyny w ośrodkach mózgowych (Horsley) lub też brakiem pewnych istot dla odżywienia mózgu niezbędnych a przez gruczoł tarczykowy wydzielanych (Schiff, Grützner) tłómaczyć należy.

Za teoryą t. zw. chemiczną przemawiają dalej w wysokim stopniu zabiegi lecznicze przeciw *cachexia strumipriva*, tężyczce, obrzękowi śluzakowemu i matołectwu (kretynizmowi), które to postacie chorobowe wydają się być na jednem tle oparte [5]). Istotą tych zabiegów jest wprowadzenie do ustroju gruczołu tarczykowego drogą wszczepienia, wstrzykiwań podskórnych lub podawanie wewnętrzne wyciągów i przetworów z gruczołu tegoż otrzymanych. Zachęta do tego rodzaju prób leczniczych wyszła w r. 1890. od Horsleya, który opierając się na doświadczeniach Schiffa i Elsberga wnosił, że jeśli u psa po wszczepieniu do jamy otrzewnowej gruczołu tarczykowego, wyjęcie tegoż gruczołu na szyi nie wywołuje objawów kacheksyi, to zabieg ten powinien być uwieńczony pomyślnym skutkiem, jeśli chodzi o leczenie ludzi chorych na *myxoedema* lub kacheksyę tarczykową. Wnioskowanie to okazało się zupełnie słusznem i dziś nie stoimy już, jak dawniej, zupełnie prawie bezsilni wobec wspomnianych chorób.

Pomijam tu zabiegi ściśle chirurgiczne wykonane przeciw chérze po wyjęciu gruczołu tarczykowego najpierw przez Birchera [6]) w roku 1889. i Kochera w roku 1890., za przykładem których wykonywano wszczepianie gruczołu tarczykowego także celem leczenia obrzęku śluzakowego (Lannelongue i Legroux [7]), Walter i Merklen [8]), Macphersen [9]) i tężyczki (Mikulicza) [10]), najczęściej z nietrwałym, jakkolwiek z niewątpliwym skutkiem a wspomnę przedewszystkiem o leczeniu obrzęku śluzakowego, stósowanem bądź to w postaci wstrzykiwań wyciągów gruczołu tarczykowego, bądź też polegającem na podawaniu wewnętrznem przetworów tegoż gruczołu. Leczenie, któremu już z tego powodu trzeba przyznać pewną wyższość nad leczeniem chirurgicznem, że nie wymaga specyalnej wprawności chirurgicznej ze strony lekarza, nie naraża na żadne niebezpieczeństwo a daje te same prawie wyniki, co zabieg chirurgiczny, który zresztą także nie daje stanowczej rękojmi, że wszczepiony gruczoł wrośnie należycie a wrósłszy nie ulegnie w krótkim czasie wessaniu.

Pierwsze próby w tym względzie przypadają na rok 1891. i 1892. Z tego czasu ogłosili swe prace G. Murray [11]), H. W. G. Mackenzie [12]), E. L. Fox [13]) i Howitz [14]), który pierwszy podawał gruczoł tarczykowy wewnętrznie. Wyniki doświadczeń tych autorów o tyle były zadowalniające, że zachęcały i uprawniały w zupełności do kroczenia dalej po wskazanej przez nich drodze. To też liczba przypadków obrzęku śluzakowego tak pierwotnego jak następowego (*myxoedema operativum*), leczonych przetworami gruczołu tarczykowego lub implantacyą jego, dochodzi już pokaźnej cyfry 209 spotrzeżeń. W zestawieniu dokonanem przez Lundiego [15]), znajdujemy ogłoszonych 46 spostrzeżeń, z tego 32 przypadki leczone przez stósowanie wstrzykiwań wyciągów gruczołu, w 14-tu podawano gruczoł tarczykowy wewnętrznie. W drugiej takiejże statystycznej pracy Kinnicutta [16]) pomieszczono ogółem 80 spostrzeżeń, z których przypada 14 na leczenie za pomocą implantacyi gruczołu tarczykowego bądź w jamę brzuszną, bądź też pod skórę szyi, w 32 podawano gruczoł tarczykowy wewnętrznie, w 34 stósowano injekcye. (Ciąg dalszy nastąpi).

II.

O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwę z trwałą kleszczową hemostazą następową.

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie i w Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. w Lipcu i Grudniu 1895).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Wyniki metody kleszczowej.

Śmiertelność pooperacyjna przedstawia się jak następuje:

Richelot [4]):

Rak macicy	58	operacyj	6	umarło
Sprawy ropne części dodatkowych	127	„	8	„
Schorzenia nieropne	217	„	7	„
Włókniaki	76	„	3	„
	478	„	24	„

czyli % śmiertelności 4·41.

Doyen [5]):

Rak macicy	53	operacyj	6	umarło
Schorzenia części dodatkowych .	140	„	8	„
Włókniaki . . . . . . : .	89	„	6	„

Landau [6]):

Rak macicy	112	operacyj	8	umarło
Schorzenia części dodatkowych .	109	„	1	„
Włókniaki	56	„	4	„

---

[2]) A. Albu: Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus. (Berlin 1895. Hirschwald).

[3]) G. Fano i L Zaada: Contributo allo fiziologia del corpo tiroide. (Archiv per le science med. XIII. Nr. 17. Ref. Centralblatt für klin. Med. 1890).

[4]) Sgobbo i Lamavi: Sulla funzione della glandola tiroidea. (Rivista chir. e terap. 1892. Ref. Centralblatt für klin. med. 1893).

[5]) Pierwszym, który związek ten stwierdził, był F. Semon. Cyt. przez O. Leichtensterna: Zur Geschichte der Myxödemfrage. (Deutsche med. Wochenschrift 1894. s. 251.

[6]) H. Bircher: Das Myxödem und die cretinische Degeneration. (v. Volkmann's Samml. klin. Vorträge 1890).

[7]) Virchow-Hirsch: Jahresbericht 1890. II. s. 330.

[8]) Ibidem.

[9]) Centralblatt für klin. Med. 1892. s. 871.

[10]) Gottstein: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde VI. 1895.

[11]) G. Muray: British med. Journ. 1891. Ref. Schmidt's Jahrbücher 1892.

[12]) Mackenzie; British med. Journ. 1892. Ref. Schmidt's Jahrbücher 1893. 237.

[13]) Fox. Ibidem.

[14]) Howitz cyt. F. Vermehren: Ueber die Behandlung des Myxödems. (Erster von Prof. Howitz in Kopenhagen mittelst Fütterung mit Glandula thyroidea behandelter Fall v. Myxödem). Deutsche med. Wochenschrift Nr. 11 1893.

[15]) Lundie. Cyt. Wagner: Ueber die Behandlung des Myxödems Schmidt's Jahrbücher 241.

[16]) Kinnicutt. Cyt. Ibidem.

[4]) Congrès français de Chirurgie 1895.

[5]) Listownie.

[6]) VI. Congress für Gynaekologie 1895.

Segond[7]):

Schorzenia ropne części dodat.	114 operacyj	13 umarło
Schorzenia nieropne	82 „	— „
Włókniaki	66 „	7 „

Péan podał tego roku statystykę swoją wyjęcia macicy przez pochwę z lat 1890—1894. Na 248 operowanych, umarło 4.

[7]) Listownie.

Niemniej świetne wyniki zapisują Routier, Bouilly, Quénu, Jacobs z Brukseli, Pozzi a jednak metoda kleszczy mało zjednała sobie zwolenników w Niemczech i w Austryi. Z polskich zaś chirurgów, zdaje mi się, że byłem pierwszym, który na zjazdach naszych w 1894. i 1895. za tę metodę kruszyłem kopię. Pozwalam więc sobie zdać sprawę ze swojej działalności.

Statystyka moich operacyj.

Liczba porządkowa	Nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Dzień operacyi	Dzień wyjścia	Uwagi
1.	Ahafia Krupa	36	*Carcinoma scirrhos. cervicis uteri*	1. Marca 1894.	† 26. Maja 1894.	Operacya trwała 20 minut. Sekcya wykazała: *Metastasis carcinomatosa hepatis.*
2.	Rozalia Kasperska	50	*Carcinoma portionis vaginalis*	30. Czerwca	5. Sierpnia	Operacya trwała 17 minut.
3.	Anna Rapij	50	*Carcinoma portionis vaginalis et cervicis*	25. Lipca	26. Sierpnia	Operacya trwała 23 minut. (Zjazd chirurgów polskich 1894).
4.	Nastka Niebyłowec	50	*Carcinoma corporis et cervicis*	27. Lipca	2. Września	Operacya trwała 35 minut. Znaczne zniszczenie. Nacieki wiązadeł. Kruchość. (Zjazd chirurgów polskich 1894).
5.	Franciszka P.	34	*Carcinoma portionis vaginalis*	27. Października	22. Grudnia	Operacya trwała 20 minut.
6.	Amalia Jurkiewicz	30	*Carcinoma portionis vaginalis et cervicis*	28. Listopada	30. Grudnia	Operacya trwała 18 minut.
7.	N. W. (z kolegą Festenburgiem).	60	*Carcinoma cervicis et portionis vaginalis*	1. Grudnia	22. Grudnia	Operacya trwała 30 minut.
8.	Rozalia Huk	41	*Adeno-carcinoma cervicis uteri*	14. Grudnia	10. Stycznia 1895.	Operacya trwała 25 minut.
9.	N. Swistowicz	—	*Carcinoma cervicis*	17. Grudnia	6. Stycznia	Czas nie notowany.
10.	Anna Warwaruk	38	*Adenoma destruens portionis et cervicis*	23. Stycznia 1895.	12. Kwietnia	Operacya trwała 45 minut. Lewe *parametrium* naciekłe. *Salpingitis.* Nawrot szybki.
11.	B. J.	40	*Carcinoma cervicis et portionis vaginalis*	22. Lipca	20. Sierpnia	Operacya z narkozą 75 minut. Znaczne nacieki. Przedarcie pęcherza. Zeszycie. Przebieg gorączkowy. Przetoka moczowa.
12.	Tacyanna N. N.	54	*Carcinoma cervicis et portionis vaginalis*	23. Lipca	29. Sierpnia	Operacya trwała ½ godziny. Zniszczenie szyi. Naciekłe wiązadła.
13.	Marya Maruczak	30	*Metritis? Epithelioma alveol. portionis vaginalis*	1. Sierpnia	27. Sierpnia	Operacya trwała 15 minut.
14.	Zofia Fed.	34	*Carcinoma portionis vaginalis*	16. Sierpnia	8. Września	Pół godziny. Znaczne nacieki. Kruchość. Przebieg gorączkowy.
15.	Katarzyna Fusyk	37	*Epithelioma cervicis et portionis vaginalis*	14. Września	14. Grudnia	26 minut. Więzadło prawe mocno naciekłe. 24. Września przetoka moczowodu prawego. 6. Listopada *nephritis septica.* 8. Listopada *nephrectomia.* Wyszła zdrowa.
16.	N. N. (z kolegą Stroynowskim).	33	*Epithelioma cervicis et portionis vaginalis*	18. Stycznia 1896.	W leczeniu stan pomyślny.	Operacya trwała 17 minut. Kruchość wielka.

Uwagi. Z szesnastu kobiet operowanych przeze mnie w skutek raka, nie umarła żadna bezpośrednio po rękoczynie.

Chora Nr. 1. żyła blisko trzy miesiące a protokół sekcyjny wykazuje przerzut w wątrobie.

Bardzo trudny przypadek pod względem technicznym przedstawiały chore Nr. 11. i 14.

Wątpię, by metoda podwiązkowa była w stanie lepiej trudności podobne pokonać, a chociaż osobiście jestem przeciwnikiem operacyj spóźnionych, to przyznać należy, że mimo sumiennego badania prawdziwy stan rzeczy dopiero wtedy wychodzi na jaw, kiedy już nie pora się cofać.

Chora Nr. 15. należy do rzędu najciekawszych. Po niezbyt ciężkim rękoczynie, w dziesięć dni później wystąpiła przetoka moczowodu prawego. Miałem zamiar wykonać przeszczepienie moczowodu do pęcherza przez laparotomię, kiedy nagle wystąpiła gorączka, dreszcze i znaczne powiększenie się prawej nerki. *Nephrectomia* w 48 godzinach. Nerka ogromna. Mnóstwo ropni na powierzchni. Wyzdrowienie.

Zalety metody Doyena.

Przedewszystkiem należy podnieść, że cała operacya jest ściśle określoną i zasługuje na miano operacyi typowej; każdy krok wywołuje pewien zamierzony skutek i w tem już wielka zachodzi różnica z metodą podwiązek, których liczba użyteczna nie dała się nigdy obliczyć.

Zasada tamowania obiegu krwi przez ściąganie i zginanie macicy, jakoteż zakładania uciskadła na samym końcu rękoczynu, oprócz swojej oryginalności ma tę ogromną zaletę, że wyklucza potrzebę jakiejkolwiek podwiązki, pozwala operować od początku do końca bez utraty krwi, na zewnątrz jamy otrzewnowej i skraca bajecznie czas trwania całej operacyi. Chore mniej są narażone na wstrząs i zakażenie.

Widziałem Doyena wykonywającego rękoczyn w ośmiu minutach; w swoich przypadkach operowałem najkrócej 15 minut, wobec ciężkich stosunków (Kader-Gabryszewski) pół godziny do trzech kwadransów. W podobnych okolicznościach posługując się metodą podwiązek, niejeden z chirurgów byłby rękoczynu nie dokończył albo siebie i chorą godzinami męczył.

Wielką zaletę stanowi wreszcie ogromne uproszczenie w następowem pielęgnowaniu chorej. Z dniem odjęcia uciskadeł nie potrzebujemy się wcale troszczyć o jakiekolwiek ciała obce, jak to bywa po operacyach z podwiązkami. Nitki tygodniami wydzielają się z szerokich więzadeł a każden chirurg przyzna, że nieraz są powodem zapalnych nacieków tak samo, jak na kikutach po wycięciu włókniaków. Ropienie przeciąga się tygodniami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III.

Z oddziału dla chorób krtani profesora Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Rzadki przypadek złamania chrząstki obrączkowej.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Wreszcie jak wspomniałem na początku, obrażenia krtani mogą powstać pośrednio, n. p. przy upadku na głowę z pewnej wysokości (Hofmann), przyczem przypadki te ze złamaniem chrząstki rzedziej dostaną się do rąk lekarza a częściej będą to przypadki, gdzie miejscowo wziernikiem wykryjemy jedynie wynaczynienia i obrzmienia, które rzadko wymagać będą tracheotomii. Co się tyczy przypadków mających powstać w sposób pośredni, mimowoli nasuwa się wątpliwość, gdyż i w tych razach mogło przyjść do bezpośredniego obrażenia krtani, które w braku uszkodzenia części zewnętrznych krtani na szyi może mylić a przecież uraz tutaj mógł wprost zadziałać. Jeżeli wynaczynienie czy podbiegnięcie krwawe mogłoby przyjść do skutku przy znacznem wstrząśnieniu, jak to bywa przy upadku na głowę z pewnej wysokości, to przecież uszkodzenia głębsze krtani, jak złamania jej chrząstek, jak się zdaje, zwykle mają swą przyczynę w urazie bezpośrednim. Znalezienie wynaczynienia w częściach głębszych szyi w okolicy krtani, choćby przy braku uszkodzenia części zewnętrznych, powinno skłaniać do rozpoznania urazu bezpośredniego, bardziej dla pojęcia uchwytnego. Nie ulega zresztą kwestyi, iż te przypadki, które Hofmann wspomina, pozwoliły mu stanowczo wykluczyć uraz bezpośredni.

Przypadki więc obrażenia krtani, które za życia obserwować mamy sposobność, są następstwem urazów czy to przypadkowych czy z przyczyny obcej, dalej ran ciętych, rzedziej kłótych, wreszcie będą to obrażenia powstałe skutkiem duszenia a w końcu przy postrzałach. Co się tyczy objawów, to pierwszym z nich obok bólu jest kaszel z plwocinami krwawemi, prawie zawsze natychmiastowy bezgłos a wkrótce i objawy duszności. Ten ostatni objaw jest najważniejszy, gdyż może już w krótkim czasie sprowadzić uduszenie się chorego. Dalsze objawy świadczące o obrażeniu krtani znajdziemy w wielu razach już za oglądaniem zewnętrznem, dalej za obmacaniem okolicy krtani, mogąc obok umiejscowionego bólu znaleść też w przypadkach złamania chrzęszczenie, przesunięcie odłamków, względnie zniekształcenie narządu, jak przypłaszczenie *pomi Adami*. Dość często w następstwie obrażenia błony śluzowej przychodzi do odmy skóry na szyi, nawet nieraz w częściach dość odległych od krtani i obserwowano przypadki, gdzie odma skóry rozszerzyła się w znacznym obszarze. Ugniecenie tchawicy z powodu odmy może być nieraz bardzo niebezpiecznem. Badanie laryngoskopem wykaże podbiegnięcia krwawe, wynaczynienia, obrzęk, nieraz rozdarcie części miękkich, z których usadowienia i umieszczenia możemy wysnuć wnioski o miejscu obrażenia.

Rokować we wszystkich przypadkach obrażenia krtani, nawet pozornie bardzo lekkich musimy bardzo ostrożnie, gdyż nawet w przypadkach, gdzie na razie oddech nie jest zbyt ciężki, przecież każdej chwili może przyjść do zwiększenia się obrzmienia i nagłej śmierci z uduszenia.

Co się tyczy leczenia, to pouczyło doświadczenie, iż w każdym niemal przypadku obrażenia krtani, głównie w przypadkach połączonych ze złamaniem chrząstki, nawet gdyby oddech był nie najgorszy, przecież należy wykonać tracheotomią, gdyż znane są przypadki, gdzie pomoc przyszła już zapóźno. Do wyjątków należą przypadki, gdzie obeszło się bez tracheotomii i chory zupełnie wyzdrowiał, jak chory Heymanna[15]) po złamaniu przedniej części chrząstki obrączkowej. Nie ulega wątpliwości, że w szpitalu, gdzie o pomoc

---

[15]) Heymann: Fractur des Ringknorpels. Münchener med. Wochenschrift 1892. Nr. 44.

łatwiej, możemy w razie niezbyt ciężkiego oddechu zwlekać z tracheotomią, gdyż ewentualnie przypadek może przebiegać pomyślnie, jak wspomniany powyżej. Zresztą tracheotomia może tu być niezbędną już ze względu na następowe leczenie, choć znowu są przypadki, w których po niejakim czasie, gdy obrzęk ustąpi, możemy bezpiecznie usunąć kaniulę. Częściej jednak rzecz ma się odwrotnie; do złamania, jak niemniej i do zwykłego obrażenia bez uszkodzenia chrząstki dołączają się objawy zapalenia ochrzęstnej krtani a chociaż i to może przejść bez większej szkody dla chorego, przecież w innych razach wywoła zwężenie krtani a tem samem niemożność usunięcia kaniuli. Powstałe więc zwężenie krtani wymagać będzie dalszego leczenia. Zwężenie to krtani może wystąpić nawet bez objawów *perichondritis*, jedynie wskutek nieodpowiedniego zrośnięcia się odłamków, dlatego w przypadkach złamania chrząstek, głównie tarczykowych zalecają założenie kaniuli kominkowej, względnie czopka a nawet laryngofisurę z założeniem tamponu i zeszyciem rany ponad tamponem, by móc odłamki utrzymać w właściwem położeniu. W przypadkach bez złamania chrząstki, gdzie tracheotomia często bywa zbyteczną, zalecać należy choremu spokój, stósowanie zimna na okolicę krtani a z środków odwodzących pijawki; dalej wewnętrznie podać możemy środki narkotyczne głównie, by zmniejszyć kaszel, a wreszcie zabronić chorym zupełnie mówienia. Rany cięte i kłóte, niemniej postrzałowe, wymagają głównie zatamowania krwotoku, względnie zaszycia rany a i tu zresztą często tracheotomia będzie potrzebna, gdyż dalszy przebieg może się również łączyć z objawami zapalenia ochrzęstnej, względnie sprowadzić zwężenie a nawet zupełne zarośnięcie krtani.

Teraz opiszę przypadek, który mieliśmy sposobność obserwować, przypadek ze wszech stron ciekawy i pouczający.

23. Kwietnia 1895. zgłosił się do naszego ambulatoryum chory Błażej Pytlik, l. 36 liczący, górnik zatrudniony w kopalniach węgla w Sierszy, z objawami ciężkiego oddechu. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, iż chory przed dwoma dniami przełażąc przez płot upadł nań i uderzył się w okolicę krtani od strony prawej. Zaraz po urazie wystąpiły krwioplucie, znaczna chrypka a wkrótce i duszność, która ciągle się zwiększała. Polecono choremu postawić pijawki, stan jego jednak się nie poprawił; znaczna duszność utrzymywała się stale.

Na skórze szyi, obok kilku świeżych miejsc po pijawkach, widzimy obrzęk części miękkich a przez obmacanie wykryto przypłaszczenie chrząstek tarczykowych (*pomi Adami*), żadnego wszakże obrażenia chrząstek samych wykazać nie można. Badając wziernikiem widzimy rozległe wynaczynienie, zajmujące wewnętrzną powierzchnię prawej ściany bocznej i sięgające aż po prawe więzadło prawdziwe. Obie chrząstki nalewkowe, głównie prawa znacznie obrzmiałe; również więzadła prawdziwe są zaczerwienione, obrzmiałe a popod niemi widać znaczne poduszkowate obrzmienia o zabarwieniu sinawo-czerwonem, przeświecającem; obrzmienia te popod więzadłami stykają się ze sobą zupełnie, zostawiając w tyle mały otwór trójkątny. Na tylnej ścianie krtani między nalewkami znajduje się strzępek naderwanej błony śluzowej, pokryty białem okładem, ruszający się za oddechem. Ruchomość obu połów krtani utrzymana, choć strona prawa porusza się leniwo. Oddech ciężki. Chorego przyjęto do naszego oddziału, postanowiono czekać z tracheotomią, polecono okłady lodowe na okolicę krtani, lód do przełykania a wewnętrznie podano morfinę.

Drugiego dnia chory czuł się podmiotowo lepiej, miejscowo wszakże żadnej poprawy wykazać nie mogliśmy, czekaliśmy więc znowu do dnia następnego. Duszność zwiększyła się, trójkątny otwór głośni w tylnej części prawie niewidoczny; przystąpiono natychmiast do tracheotomii, której w asfiksyi chorego dokończyć musiano.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Histologia.

W. Waldeyer: **Nowsze poglądy na budowę i istotę komórki.**

I.

Robert Hooke w r. 1665. a po nim Malpighi w r. 1686. wspominają już o komórce, z biegiem zaś wieków pojęcia o istocie i znaczeniu komórki tak się wykształciły, że Virchow na niej opiera naukę patologii cellularnej. Wiele dzieł olbrzymich komórce jeno poświęcono a od lat kilku wychodzi nawet, pod redakcyą Carnoya, czasopismo biologiczne, którego tytuł: *La Cellule*. W naszem pojęciu znaczenie komórki jest tak olbrzymie, jak ona sama jest niezmiernie drobną, gdyż do dziś dnia uważamy ją za ostateczny element czyli pierwocinę ustroju zwierzęcego, na jaki on pod drobnowidzem rozłożyć się daje. To przeważne jednak znaczenie komórki zachwiano w ostatnich czasach. Cały szereg badaczy (Naegeli, Magyi, Altmann, L. i R. Zoja, Wiesner i inni) usiłują zepchnąć komórkę ze stanowiska dotychczas przez nią zajmowanego, twierdzą, że komórka to twór wysoce złożony, z jeszcze drobniejszych, jeszcze pierwotniejszych elementów. Dawniejsze pojęcia o komórce, jak ją n. p. Schleiden i Schwann między r. 1838. a 1839. przedstawiają, zasadniczo różnią się od dzisiejszych. Ich komórka, to pęcherzyk, treścią płynną wypełniony z jąderkiem w niej pływającem. A logicznie sądząc, uważali osłonkę i jąderko za części najważniejsze w komórce; owej zaś treści płynnej, o której niejasne mają pojęcia, przypisują znaczenie podrzędne. Nazwa *protoplasma* (zarodnia, pierwoszcze) zjawia się po raz pierwszy w r. 1846., użyta przez Mohla. Dalsze badania wykazały, że nie każda komórka posiada osłonkę; i osłonka wiele straciła na pierwotnym kredycie. A gdy mimo braku osłonki uważano, że obrysy komórki są stałe i wyraźne, poczęto modyfikować pojęcie o owej substancyi rzekomo płynnej, głównie zaś Maks Schultze, adwokatując protoplasmie wywalczył dla niej około r. 1861. pierwszorzędne znaczenie w komórce, spychając tem samem osłonkę i jądro z jąderkami na plan dalszy. On to wykazał, że konsystencya protoplasmy jest bardziej zbitą, gęstawą i on porównał ją a raczej zrównoważył ze substancyą składającą zwierzątka jednokomórkowe. A ztąd już droga krótka, by dojść do pojęcia, że komórka to niejako istota sama dla siebie skończona a każde żyjące stworzenie to właściwie kolonia z takich istotek złożona.

II.

Nie uznając osłonki za istotny składnik komórki, pozostaje protoplasma i jądro, nad któremi zastanowić się wypada, czy obie te części są potrzebne, by wytworzyć komórkę, t. j. organizm elementarny, zdolny do życia i do rozmnażania się. *A priori* powiedzieć możemy, że tak, że ani protoplasma bez jądra ani jądro bez protoplasmy żyć a zwłaszcza rozmnażać się nie mogą. Istniejące od tej reguły wyjątki są albo bardzo wątpliwe albo nieistotne, pozorne.

Wątpliwy wyjątek stanowią t. zw. monery Haeckela. Mają to być drobiny protoplasmy, bez jąder a mimo to żyją i rozmnażają się. Do tej grupy zaliczano także bakterye i wiele niższych tworów. Rozmaici autorowie jednak w rozmaitych gatunkach stworzeń, do monerów się liczących wykazują jądra lub twory bardzo jądro przypominające tak, że zastęp tych istot z roku na rok maleje. Sam zresztą Haeckel bardzo względne do moner zajmuje stanowisko, kiedy je nie „komórkami“, lecz „cytodami“ mianuje. U zwierząt jednak

wyższych nikt nie wykazał komórki w pełni życia będącej a pozbawionej jądra. Pozorny tylko wyjątek stanowią erytrocyty (czerwone ciałka krwi) kręgowców wyższych; pozorny, bo te same ciałka u kręgowców niższych są jądrzaste a potem pochodzą z komórek zupełnych, które uległy niejako zmianie wstecznej, zmieniając się w czerwone ciałka krwi. Zresztą ciałka te nie żyją, nie rozmnażają się i biernie spełniają swe zadanie. Przyjmując jednak inną, mniej prawdopodobną teoryą o pochodzeniu czerwonych ciałek krwi z odszczepiającej się od początku bezjądrzastej protoplasmy lub przypisując ciałkom tym zdolność rozmnażania się, jak chcą niektórzy, tem samem uznać je musielibyśmy za cytody prawdziwe i za istotny wyjątek.

Z drugiej strony wyłania się pytanie, czy może istnieć jądro same, nagie, bez protoplasmy. Zbyt pochopnie potakująco odpowiadano dawniej na to pytanie. Dziś jednak, dzięki ulepszeniu techniki mikroskopowej, zaprzeczyć musimy, by jądro samo, jako coś żyjącego, elementarnego istnieć mogło. Zawsze na obwodzie znachodzi się pewna, choćby bardzo nikła otoczka protoplasmatyczna. A od tej reguły mamy znów dwa pozorne wyjątki: nitki nasienne (spermatozoidy) u kręgowców wyższych a wolne jądra w żółtku jaj pewnych ryb kostnych i płazów, u kręgowców niższych.

W historyi rozwoju spermatozoidów spotykamy okres, gdzie one były jądrem komórek, szczegółowy mających cel. A dalej spermatozoidy same przez się nie są zdolne do żadnych postępowych przemian (jak erytrocyty). W żółtku jaj wyżej wspomnianych zwierząt znachodzimy niezaprzeczenie wiele wolnych jąder (jakkolwiek niektórzy okoliczność tę za polispermią uważają). Lecz i to nie przemawia za samodzielnem istnieniem jąder, bo wszakże znajdują się one w ośrodku w pierwoszcze obfitującym, a jakkolwiek na razie protoplasma ta nie jest podzieloną na wyraźne terytorya komórkowe, to dzieje się to w dalszym rozwoju.

III.

Poznawszy tak w ogólnych zarysach wzajemny stósunek tych głównych części składowych komórki, porozumiejmy się ostatecznie co do terminologii jej części z osobna.

Komórka jest to pojęcie morfologiczne. W niej znów morfologicznie rozróżniamy osłonkę, jądro z jąderkami a to, co po odtrąceniu tych dwu części pozostaje, mianujemy trzonem (ciałem) komórki (*Zellenleib*). Charakterystycznym składnikiem trzonu jest *protoplasma* (zarodnia, pierwoszcze). *Protoplasma*, to pojęcie substancyalne w przeciwieństwie do morfologicznego. Jest to owa substancya, która w trzonie komórki pozostanie, gdy zeń wyeliminujemy ziarenka tłuszczu, barwików, zymogenu i inne przypadkowe lub też szczegółowe a nie ogólne znaczenie dla komórki mające, treści. Jednolitego, chemicznego wzoru dla tego ciała dotychczas zbudować się nie udało, bo to mięszanina przeróżnych ciał białkowatych. Jedynie plastyna, ciało białkowate przez Rodewalda wykryte, odróżnia protoplasmę od innych ciał podobnych. Tyle co do charakterystyki chemicznej trzonu komórki. Nierównie ważniejszą jest budowa morforlogiczna tej części komórki. Wiele bardzo na tem polu powstało teoryj. Schaefer i Leydig przyjmują budowę gąbczastą i wśród utkania siatkowatego z masy bardziej zbitej (*spongiaplasma*) znachodzi się substancya płynna (*hyaloplasma*). Podobnie Flemming, modyfikując w nowszych czasach swą dawniejszą teoryą, przypuszcza, że w trzonie komórki znachodzi się zrąb z niteczek (mitomów) a między niemi substancya bezpostacia *(paramitoma).* Mitomy Flemminga mają okazywać ziarnistość w swem utkaniu.

Cała grupa badaczy (Barthold, Schwarz i inni) zupełnie inaczej przedstawia budowę trzonu komórki. Topograficznie niejako rozróżniają warstwę zewnętrzną (ektoplasma), zupełnie szklistą i warstwę wewnętrzną (polioplasma), ziarnistą.

Do teoryi Flemminga zbliża się znów M. Heidenhain. Wedle niego trzon komórki składa się z niteczek, których sumę nazywa: protoplasma, i substancyi ziarnistej między niemi położonej paraplasma. Czy nitki owe tworzą jaką siateczkę, jakie rusztowanie, nic H. nie wspomina. Natomiast w samych niteczkach rozróżnia *a*) mikrosomy komórkowe (*Zellenmikrosomen*), silnie się barwiące i *b*) substancyą między niemi położoną, słabo barwik chłonącą, wstawki (*Bindeglieder*). Skutkiem takiej budowy niteczki wydają się poprzecznie prążkowane. Ważna to okoliczność. Wszakżeż budowę podobną okazują mięśnie. Może zatem zdolność kurczenia się komórek i przenoszenie się ich z miejsca na miejsce zależy od tych właśnie poprzecznie prążkowanych nitek? H. przypuszcza dalej, że owe nitki w trzonie komórki np. zwojowej, mogą pozostawać w bezpośrednim związku z owemi pierwotnemi włókienkami, z których składa się włókno osiowe nerwu. A Flemming wspomina w jednej ze swych rozpraw, że włókienka tkanki łącznej włóknistej, jak się zdaje, pozostają w ciągłości z niteczkami protoplasmy.

W r. 1890 wystąpił R. Altmann w dziele: *Die Elementarorganismen und ihre Beziehungen zu den Zellen* z nową jakoby teoryą, którą Niemcy nazywają: *Granula Lehre*. Teorya ta ma już swoją historyę. Ten i ów z badaczy widział ziarenka (*granula*) w protoplasmie komórek; jedni jednak uważali je za części dodatkowe, nieistotne, inni zaś nieśmiało tylko twierdzili, że owe ziarenka o średnicy 0.001 — 0.002 linii są najpierwotniejszym elementem tkanki zwierzęcej. Lecz i zagorzałych obrońców miała już ta teorya. Do nich należeli Bechamp i Estor z Montpellier. Uważają oni owe ziarenka w protoplasmie za pierwotny element tkanki organicznej i chrzczą go mianem mikrozymas. Komórka, wedle ich teoryi, to kolonia takich mikrozymasów. Kiedy zaś w niekorzystnych stosunkach komórka zatraci swój byt indywidualny o tyle jednak, że mikrozymasy życia nie utracą, wtedy uwalniają się one i stają się bakteryami, a te wśród pewnych okoliczności znów mogą się połączyć i utworzyć komórkę. Tu już trochę fantazyi. Działo się to w r. 1882—1883. Teoryą tę wywlókł napowrót na światło dzienne Altmann, przykroiwszy ją poprzednio w sposób odpowiedni. Teorya Altmanna, o ile tyczy się budowy protoplasmy (i jądra), jest następująca: protoplasma i jądro składają się z kuleczek większych (*granula*, *bioblast*), między któremi znachodzą się kuleczki znacznie mniejsze, tworzące razem t. z. *substantia intergranularis*. I ta substancya, jak się zdaje, jest *matrix* wszystkiego, z niej prawdopodobnie powstają kuleczki większe. Ciałka te w *substantia intergranularis* stanowią granicę życia, gdyż substancya mająca wypełniać luki między niemi jest już martwą. A. twierdzi o granulach, że one stanowią część istotną protoplasmy. Lecz do życia samoistnego nie są zdolne i dziś we wszechświecie niema ich w stanie wolnym. Synteza granulów w komórkę dziś się nie odbywa. Stało się to przed wiekami, kiedyś tam, kiedy okoliczności potemu były korzystne. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

M. Mendelsohn: **O jeździe na rowerze ze stanowiska higienicznego.** (Według zdania sprawy złożonego Towarzystwu dla medycyny wewnętrznej w Berlinie).

Główny udział w jeździe na rowerze mają mięśnie wyprężacze (*extensores*) kończyn dolnych i to wszystkich trzech ich stawów, w pierwszym rzędzie stawu kolanowego (*m. m. cruralis*, *vastus externus* i *internus*, *rectus femoris*), następnie stawu biodrowego (*glutaei*), wreszcie wyprężacze stawu stopowego. Z mięśni zginających wchodzi nieco w rachubę tylko *m. ileopsoas*. Z natury wszakże ćwiczenia, o którem mowa, wypada, iż w jeździe na rowerze czynne są wszystkie mięśnie ciała, zkąd wniosek, iż jazda na rowerze jest wyborną gimnastyką i dla tych mięśni, których zazwyczaj mało się używa.

Co do wymiany materyi, przez jazdę na rowerze powiększa się wydzielanie azotu, głównie w postaci mocznika, z początku także i kwasu moczowego, którego ilość w mo-

czu później wszakże znacznie się zmniejsza. Oczywiście, że w tej sprawie spalania biorą udział w pewnej mierze także i tłuszcze. Po długiej przeto jeździe na rowerze zmniejsza się ciężar ciała a cyklista Stéphane, który w przeciągu 24 godzin odbył na rowerze drogę wynoszącą (rzecz prawie nie do uwierzenia) 673316 metrów, stracił na wadze 6.35 kilograma.

Jazda na rowerze podnieca łaknienie, nie należy wszakże przed dłuższą jazdą jeść dużo, ponieważ jazda wpływa niekorzystnie na trawienie. Również jazda na rowerze sprzyja oddawaniu kału, byleby nie była przesadna, gdyż wtedy przez zwiększenie się dopływu krwi do odbytnicy powstać mogą krwawnice *(haemorrhoides)*, utrudniające oddawanie kału.

Główne działanie roweru na ustrój występuje w zakresie oddychania i krążenia. Przez zwiększenie się pracy mięśniowej wytwarza się znacznie więcej, niż zwykle kwasu węglowego a nadto przez samąże jazdę wprost utrudnia się krążenie krwi w płucach. Dlatego najważniejszą i najgłówniejszą sztuką w jeździe na rowerze jest umieć oddychać należycie. Jeżeli się posiada tę sztukę, wpływa jazda na rowerze korzystnie na gimnastykę narządu oddechowego i powiększa pojemność żywotną (*capacitas vitalis*) płuc.

Jazda na rowerze działa na serce dwojako: powiększa ciśnienie krwi w naczyniach i przyśpiesza czynność serca. Zbytniemu a w następstwach swych niebezpiecznemu podwyższeniu się ciśnienia krwi zapobiega, jak wykazał Oertel, kompenzacyjne rozszerzenie się naczyń.

Co się tyczy przyśpieszenia czynności serca, spostrzegano w razie forsownej jazdy 250 uderzeń na minutę, 200 nie jest nic rzadkiego a poniżej 150 rzadko kiedy schodzi tętno w razie szybkiej jazdy. Największe w tej mierze niebezpieczeństwo stanowią gwałtowne wzniesienia, przy których jeździec, nie czując tej nadmiernej czynności serca chce się wznieść prędko jak najwyżej.

Skreśliwszy tak fizyologię jazdy na rowerze, zastanawia się autor nad jej higieną.

Nie ma wątpliwości, że jazda na rowerze, byle jej nie nadużywano, jest dla zdrowych bardzo przydatna. Pamiętać wszakże należy o możności przypadków, niebezpieczeństwie zapalenia stawu kolanowego skutkiem nadmiernego używania go do zginania i prostowania, o wpływie niekorzystnym na narząd płciowy mezki, mianowicie zaś na tylną część cewki i gruczoł krokowy. Kobietom można pozwolić na jeżdżenie rowerem tylko w sukniach przestronych, zatem oczywiście bez sznurówki.

Największe niebezpieczeństwo jazdy na rowerze tkwi w nadmiernej czynności serca; jakoż znanych jest stósunkowo dużo przypadków śmierci podczas jazdy rzeczonej lub wkrótce po niej. Łatwo to pojąć, jeżeli się weźmie pod uwagę nadmierne natężenie ustroju podczas forsownej jazdy. Tak n. p. drogę z Berlina do Wiednia, wynoszącą 600 kilometrów przebyto w 31 godzin, równą drogę z Monachium do Medyolanu w $29^1/_2$ godzinach i t. d., to jest przebywano średnio na godzinę 22 kilometry, ale to tylko średnio, bo jeżeli chodzi o największą chyżość, to dochodzono do 43 kilometrów a krótsze drogi odbywano nawet w stósunku 61 kilometrów na godzinę a zatem równo z największą chyżością naszych europejskich (na stałym lądzie) pociągów kuryerskich, co odpowiada pracy 114375 kilogrammetrów.

Ze stanowiska klinicznego trzeba wymienić jako następstwo nadużywania jazdy na rowerze ze strony serca prosty przerost jego, nadmierną wrażliwość *(irritable heart* Anglików), tudzież ostre rozszerzenie serca, stanowiące największe niebezpieczeństwo. Rzadkie są natomiast wady zastawek.

Przeciwwskazaniem do jazdy na rowerze są: wiek podeszły, rozedma płuc, białkomocz; u dzieci okres wyzdrawiania z chorób gorączkowych. Natomiast jazda na rowerze ma działać korzystnie w moczeniu częstem *(pollakiuria)*, w skazie moczanowej (*diathesis uratica*) i napadach dny (*arthritis*), lekarze zaś amerykańscy zalecają ją w przodozgięciach macicy, powiększeniu jajników, nieżycie szyjki macicznej i bolesnem miesiączkowaniu (*dysmenorrhoea*). *(Berliner klin. Wochenschrift.* 3. 1896). *R.*

Otyatrya.

Corradi (w Weronie): **O przedziurawieniu błony bębenkowej z przyczyny pośredniej, szczególnie ze stanowiska sądowo-lekarskiego.**

Pęknięcia błony bębenkowej pośrednio mogą powstać 1) przez nadmierne, nagłe powiększenie ciśnienia powietrza. Wyniki doświadczeń w tym celu przez autora wykonanych zgadzają się ze spostrzeżeniem, że perforacye w ten sposób powstałe znajdują się zwykle w bliskości dolnego końca rękojeści młotka, najczęściej w tylnym dolnym odcinku błony bębenkowej, 2) miejsce, kształt i wymiary pęknięcia w błonie, powstałego pośrednio przez uderzenie w głowę i połączonego z pęknięciem czaszki zależą od rodzaju pęknięcia kości. 3) Co do przedziurawienia błony powstałego pośrednio przez wstrząśnienie czaszki bez złamania kości, autor opierając się na własnych w tej mierze doświadczeniach na kilku przypadkach z praktyki i na rozumowaniu sądzi, że przedziurawienia zdarzają się przeważnie na obwodzie, w miejscu połączenia błony z oprawą kostną. Jeżeli bowiem trząśnie się ciałem składającem się z różnych części tak, że powstanie przerwanie jego ciągłości, to rozerwanie następuje przeważnie tam, gdzie się znajdują największe różnice w gęstości, zbitości i elastyczności różnych tych tkanin, z których ciało to się składa. Na tem więc miejscu, gdzie fale i wahania z kości przejść mają w błonę, zmieniając nagle swój kierunek, chyżość i rytm, tam najprędzej przyjdzie do pęknięcia. Dalej perforacya powinna powstać najprędzej w tym odcinku obwodowym, który zwrócony jest ku miejscu głowy uderzeniem ugodzonemu. Prócz tego należy przypuścić, że rozdarcie ma powstać przeważnie w miejscu najwięcej wstrząśniętem, t. j. w jakimś odcinku na obwodzie. Ze swoich spostrzeżeń wysnuwa C. następujące wnioski:

Przedziurawienia błony bębenkowej powstałe pośrednio przez ciśnienie powietrza w uchu zewnętrznem znajdują się zwykle mniej lub więcej w środku tej błony, pęknięcie zaś zależne od urazów na głowę bez złamania kości powstają często na obwodzie błony. Pęknięcia takie są bardzo rzadkie, każą przypuścić użycie znacznej siły i odpowiadają co do swego miejsca zawsze części oprawy kostnej, która znajduje się w kierunku uderzonego miejsca głowy.

Jeżeli zatem znajdujemy u osoby narzekającej na przypady uszne po urazie w głowę przedziurawienie lub po wygojeniu się jego bliznę na brzegu błony bębenkowej, należy sądzić, że podanie chorego, iż wykazane uszkodzenie pochodzi z pobicia, zasługuje na uwagę i że uraz musiał być w każdym razie dość silny i nastąpił prawdopodobnie w tej części głowy, która odpowiada pękniętemu odcinkowi błony. Z tego jednak nie wynika, żeby w razie, jeśli perforacya nie znajduje się na brzegu, tylko w innem miejscu błony, mniej więcej ku środkowi, podania chorego były absolutnie niewiarogodne, gdyż osobliwe okoliczności mogą sprzyjać powstaniu pęknięcia w innem, niezwykłem miejscu błony bębenkowej. *(Archiv für Ohrenheilkunde.* Tom 39. Z. 4).

Spira.

Voss (w Rydze): **O leczeniu porażenia nerwu twarzowego po ostrem zapaleniu ucha środkowego.**

Wobec naszej bezsilności w leczeniu tego cierpienia następujący przypadek zasługuje na uwagę.

U chłopca $3^1/_2$ letniego wystąpiło ostre zapalenie ucha środkowego. Na drugi dzień porażenie nerwu twarzowego, później przebicie samodzielne błony bębenkowej, obfity odpływ ropy i za kilka dni wyleczenie choroby usznej. Badanie wykazało błonę bębenkową prawidłową, słuch dobry. Ani bolesności wyrostka sutkowego za dotykaniem, ani reszty wypociny w jamie bębenkowej; tylko porażenie nerwu twa-

rzowego pozostało niezmienione. Elektryzowanie bez skutku. Oparty na doświadczeniu, że po odbiciu dłutem wyrostka sutkowego porażenia nerwu twarzowego często się polepszają, zalecił V. ten zabieg i w tym przypadku. W trzy miesiące po wyleczeniu choroby usznej wykonano operacyą i po ostrożnem usunięciu przekrwionej substancyi gąbczastej wyrostka sutkowego za pomocą małej ostrej łyżeczki ukończono zabieg, nie otworzywszy jamy sutkowej. W 13 dni później zupełne oddziaływanie zwyrodnienia, jednak dziecko mogło już przymknąć oko i twarz mniej była wykrzywiona. W ciągu dalszych 14 dni zupełne wyzdrowienie.

Na podstawie tego spostrzeżenia poleca V. w podobnych przypadkach, w których inne sposoby leczenia chybiają celu, wyskrobanie wyrostka sutkowego. (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 39. Zeszyt 4). *Spira.*

Choroby zakaźne.

L e m o i n e: **Przyczynek do badania bakteryologicznego zapaleń gardła, występujących bez udziału prątka błoniczego.**

W dotychczasowych badaniach tego przedmiotu popełniano ten błąd, że wraz z częściami nalotów, branemi z powierzchni schorzałej błony śluzowej, zabierano wiele drobnoustrojów, znajdujących się zawsze w jamie ustnej a nie mających w danym razie znaczenia chorobotwórczego. Ztąd poszło, że przeważnie w razach takich wyrastało na pożywkach po kilka gatunków drobnoustrojów pomimo zachowania przy szczepieniu wszelkich ostrożności a więc i sprawę chorobową, gdzie nie udało się wykazać obecności prątka błoniczego, odnoszono do wspólnego działania wszystkich wykrytych drobnoustrojów. Autor starał się wspomnianego błędu uniknąć, biorąc materyał do szczepienia z głębszych części migdałków a mianowicie z pod strupa wywołanego przypaleniem małej cząstki ich powierzchni. Dla porównania badając kilkanaście razy równocześnie samą powierzchnię, stwierdził L., że istotnie sposób szczepienia bardzo znacznie wpływa na wynik badania.

L. badał bakteryologicznie w ogóle 168 przypadków zapalenia gardła, z tych 112 w przebiegu płonicy i to 74 z wytworzeniem błon wrzekomych, 38 bez nich, 6 w przebiegu odry, 3 nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego, 29 zapaleń gardła z wytworzeniem błon wrzekomych bez udziału prątka Löfflera, 14 nieżytowych z burzliwymi objawami ogólnymi i dłuższym okresem ozdrowienia; dalej 3 przypadki przerostu migdałków i 1 ropnia migdałka. Oprócz tych 3 przypadków przerostu migdałków, w których wyhodowały się prątki, bardzo podobne do *bacterium coli commune*, w reszcie, t. j. w 165 przypadkach s t a l e m o ż n a b y ł o w y h o d o w a ć p a c i o r k o w i e c i to w ogóle zawsze prawie w h o d o w l i c z y s t e j (bez domieszki innych drobnoustrojów), i l e k r o ć s z c z e p i o n o z g ł ę b i m i g d a ł k a. Z tych 165 przypadków bowiem 142 razy brał L. materyał do szczepienia z głębi migdałków i uzyskał 128 razy czystą hodowlę paciorkowca (w zapaleniu płoniczem z wytworzeniem nalotów 55 razy, bez nalotów 38 razy, w odrze 6 razy, *parotitis* 3 razy, w zapaleniach z wytworzeniem błon niedyfterycznych 12 razy, w nieżytowych 13 razy); 11 razy obok paciorkowca wyhodował się gronkowiec, 5 razy *bacterium coli*. W 23 przypadkach, w których szczepiono z powierzchni migdałka, wyrastały w połowie obok paciorkowca: gronkowiec, *bacterium coli* i pneumokoki, 78 razy obok szczepień głębokich, wykonał L. dla porównania szczepienie powierzchowne, które tylko 19 razy dało czystą hodowlę paciorkowca a 59 razy hodowle mięszane. Oprócz połączenia paciorkowca z *bacterium coli*, zawsze wywołującego ciężki przebieg sprawy, inne rodzaje zakażeń mięszanych, zdaje się, nie mają wpływu na nasilenie sprawy chorobowej. Jadowitość zaś paciorkowców samych z różnych przypadków dla zwierząt była bardzo niejednostajną i nie zostawała w żadnym stósunku do ciężkości przebiegu choroby. Z badań swych wnosi autor, że obok błonicy wywołanej przez prątek Löfflera, istnieje niezaprzeczenie błonica paciorkowcowa i spodziewa się, że swoista surowica Rogera i Marmorka, będzie równie dzielnym środkiem leczniczym w tych ostatnich postaciach błonicy, jak surowica Roux-Behringa w tamtych. (*Annales de l'Institut Pasteur* Nr. 12. 1895). *Dr. Ciechanowski.*

Psychiatrya.

B e h r: **O działalności literackiej w przebiegu pomięszania ogólnego** *(paranoia)*.

Rozebrawszy genezę działalności literackiej cierpiących na ogólne pomięszanie, którą odnieść należy głównie do urojeń prześladowczych i urojeń wielkości, wyjaśnia B. ważniejsze cechy takich utworów pisarskich na kilku ciekawych przykładach, dochodząc w końcu do wniosku, że i tu można dopatrzyć się dwóch postaci pomięszania ogólnego: 1) z rozwijającem się szybko niedołęstwem następowem; 2) takiej, w której inteligencya dłuższy czas na jednym utrzymuje się stopniu. Ta druga postać cechuje się głównie istnieniem urojeń prześladowczych, w ogóle należą do niej przypadki połączone z przygnębieniem; pierwsza zaś obejmuje przypadki, cechujące się podnieceniem (*expansive Formen*), objawiającem się najczęściej jako urojenia wielkości. Formy, rozróżniane przez B., nie są identyczne z podziałem Magnana, który, zdaniem B., konsekwentnie w praktyce przeprowadzić się nie da; oba podziały łączy tylko wspólna zasada, mianowicie okoliczność, że pewna część chorych na pomięszanie ogólne przez całe życie utrzymuje się na pewnym i dość wysokim poziomie umysłowym, druga zaś grupa w krótkim stósunkowo czasie ulega niedołęstwu następowemu. (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*. Nr. 134). *Dr. Ciechanowski.*

Chirurgia.

J. I s r a e l (prof.): **Kilka uwag o operacyjnem leczeniu gruźlicy otrzewny.**

Jakkolwiek znanym jest korzystny wpływ przecięcia powłok brzusznych na przebieg gruźlicy otrzewny, to jednak nie znamy czynnika właściwie tu leczącego, nie umiemy ustanowić ścisłych wskazań dla tego rodzaju leczenia, ani też nie wiemy, która postać gruźlicy otrzewny najbardziej jest temu leczeniu dostępną. Dlatego każdy przypadek powinien być troskliwie notowany, by umożliwić przyszłości wyjaśnienie sprawy.

I. wykonał cztery razy laparotomią z powodu gruźlicy otrzewny, każdym razem z wynikiem zadowalającym. Przed zamknięciem jamy brzusznej wlewał 10 do 40 grm. 10% mięszanki jodoformowej w oliwie. Trzy razy operował u dzieci między 4. a 7. rokiem życia a raz u dziewczyny 20-letniej. U jednego z dzieci powtórzył operacyą w miesiąc po pierwszej z powodu pozornego nawrotu choroby. U wszystkich trojga dzieci wysięk w jamie otrzewnowej był bardzo nieznaczny, najwięcej 200 $cm.^3$ Raz miał do czynienia z formą prosówkową gruźlicy, dwa razy z guzkową (guzki wielkości pestki z wiśni). We wszystkich przypadkach były nieznaczne zrosty trzew między sobą i ze ścianami jamy brzusznej.

Na podstawie tych trzech przypadków wysnuwa autor: 1) że wyleczenia gruźlicy otrzewny nie możemy przypisywać wypuszczeniu płynu, gdyż w żadnym jego przypadku *ascites* nie było; 2) wyleczenie następuje i trwa mimo wrzodów w kiszkach; 3) gruzełki znikają już 36. dnia po operacyi; 4) wbrew zdaniu lekarzy francuskich wysoka gorączka nie stanowi przeciwwskazania dla operacyi.

Czwarty przypadek (dziewczyna 20-letnia) o tyle jest ciekawym, że tam gruźlica wystąpiła w kształcie dużego guza, usadowionego na jelicie grubem wstępującem, guza o tyle dużego, że zaciskał światło jelita i wywoływał objawy niedrożności przewodu pokarmowego. Nadto zajętymi były gruczoły kreskowe i pozaotrzewnowe. W przypadku tym mylnie rozpoznawano nowotwór złośliwy z przerzutami do gruczołów. Laparotomia jednak wykonana z powodu *ileus* wykazała gruźlicę prosówkową otrzewny a wtedy już i guz

i gruczoły uznano za gruźlicę. Założono anastomozę między jelitem biodrowem a grubem powyżej guza, wlano 40 grm 10% zawiesiny jodoformu w oliwie i zaszyto. I w tym przypadku osiągnął I. wyleczenie, wejrzenie i odżywienie chorej poprawiło się znakomicie a guz ciągle maleje. Zatem, jak dotychczas, w każdej postaci gruźlicy otrzewny próbować należy laparotomii. (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 1. 1896).

Dr. M. W. H.

O. Faisst: **O podwiązaniu** *venae saphenae magnae* **wedle Trendelenburga przy żylakach podudzia** (z kliniki Brunsa).

Zaledwie cztery lata upłynęły od czasu, kiedy Trendelenburg ogłosił swój sposób leczenia żylaków podudzia a już autor jest w możności zebrać z literatury, wliczając swoich 11 przypadków, 176 operacyj tego rodzaju. Zasada sposobu T. polega na przerwaniu słupa krwi ciążącego na *vena saphena magna* i jej korzeniach. Skutkiem bowiem rozszerzenia tej żyły zastawki jej nie domykają, w żyle zaś biodrowej i głównej dolnej, zastawek zazwyczaj niema, więc cały słup krwi od serca prawego począwszy na dół, ciąży i rozszerza rozgałęzienia *venae saphenae magnae.* T. stwarza sztuczną zastawkę, podwiązując żyłę w mowie będącą na granicy środkowej i dolnej trzeciej części. Autor jednak na podstawie swego i innych doświadczenia radzi podwiązywać podwójnie i przecinać między podwiązkami tuż poniżej *fossa ovalis,* więc krótko przed wlaniem się *vena saphena magna* do żyły udowej. Wtedy bowiem podwiązujemy już poza miejscem wlania się do *vena saphena magna* towarzyszącej jej często gałązki równoległej a której niepodwiązanie udaremnia cały zabieg operacyjny. Wszystko przemawia za tą operacyą: do wykonania jej wystarcza znieczulenie miejscowe, sama operacya nietrudna a skutek jej dobry, a przynajmniej lepszego żadnym innym środkiem, dotychczas przeciw żylakom podudzia zalecanym, osiągnąć się nie udało.

Nie otrzymujemy wprawdzie wyleczenia zupełnego w znaczeniu anatomicznem, bo tu i owdzie gniazda żylakowate rozszerzonych i stwardniałych żył utrzymywać się będą, lecz efekt czynnościowy bywa bardzo dobry. Na 100 chorych tym sposobem leczonych u 85 (po ½ roku najmniej) nie było ani bólów, ani obrzęków, ani owrzodzeń.

Pracę swą poprzedza autor krótkim wstępem historycznym a w ciągu rozprawy przytacza 11 historyj chorych tą metodą leczonych. (*Beitr. z. klin. Chirurgr. redig. v. Prof. Bruns* T. XIV. Z. I. 1895). *Dr M. W. H.*

Zapiski terapeutyczne.

16. Haegler: Airol w miejsce jodoformu i jemu podobnych środków przeciwgnilnych. Ażeby jaki środek mógł zastąpić jodoform, powinien 1) być mniej odeń trującym, 2) nie mieć woni, 3) nie drażnić skóry, 4) wydzielać w równych okolicznościach równą ilość jodu lub substancyi równie skutecznej.

Z doświadczeń autora pokazuje się, że airol (połączenie dermatolu czyli dębiankanu zasadowego bizmutu z jodem) odpowiada pierwszemu warunkowi. Co do stopnia działania trującego, airol równa się dermatolowi; pamiętać wszakże należy, iż w praktyce chirurgicznej to trujące działanie airolu podrzędne ma znaczenie wobec okoliczności, że airol jest 4 razy lżejszym od jodoformu i przytem daleko subtelniejszym. Airol dalej nie ma woni, nie drażni zdrowej skóry a prócz tego ma jeszcze dwie zalety przed jodoformem, t. j. że w zetknięciu z ciepłemi sokami ustroju zaraz wydziela jod i że zawiera bizmut, który osusza. Zazwyczaj używał autor airolu za pomocą wdmuchiwacza do proszków, prócz tego 10 do 20% gazy airolowej, 10% kolodyonu airolowego a przeciw cierpieniom natury gruźliczej 10% zawiesiny (*emulsio*) z gliceryną i wodą po równych częściach.

Airol równie jak jodoform nie znosi wyjałowienia, które też autor na zasadzie swego doświadczenia uważa za zbyteczne. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* Tom 15. Zeszyt 1).

17. Sollier: Statystyka 57 przypadków morfinomanii leczonych za pomocą szybkiego odjęcia (*suppression rapide*) morfiny. (Z posiedzenia akademii lekarskiej w Paryżu w dniu 21. Stycznia 1896). Statystyka autora obejmuje 57 przypadków leczonych w latach 1892. do 1894. tak, że najświeższe przypadki były więcej, niż przed rokiem w leczeniu, co pozwala mieć dane dokładne o stałości rezultatu terapeutycznego.

Tych 57 przypadków tyczy się 24 kobiet i 33 mężczyzn, między którymi było 15 lekarzy, jeden medyk i jeden farmaceuta. Najwięcej było kobiet w wieku od 25 do 50, mężczyzn zaś od 30 do 40 lat. U 12 chorych pochodziła choroba z prostego upodobania sobie morfiny, u 20 z użycia terapeutycznego, u 25 pochodziła wprawdzie z użycia terapeutycznego, lecz później utrzymywała się z prostej namiętności. Zatrucie morfiną trwało u 4 chorych krócej, niż rok, u 18 od dwóch do pięciu lat, u 29 od pięciu do dziesięciu lat, u 4 od dziesięciu do piętnastu lat, u 2 od piętnastu do dwudziestu lat. Wstrzykiwało sobie morfinę 2 chorych mniej niż po 0·10, 5 od 0·10 do 0·25, 23 od 0·25 do 0·50, 13 od 0·50 do 1·00, 2 od 1·00 do 1·50, 7 od 1·50 do 2·00, 5 więcej niż 5·00.

Do morfinicy dołączał się alkoholizm w 6 przypadkach, zatrucie kokainą w 8, eterem w jednym, chloralem w dwóch przypadkach.

Morfinokokainomania nie przedstawia pod względem leczniczym większych trudności od prostej morfinomanii, natomiast alkoholizm stanowi bardzo ciężkie powikłanie choroby.

Nawroty morfinomanii widziano w 10% przypadków a przypuszczając, iż wszyscy ci chorzy (19), od których nie zdołano po wypuszczeniu z leczenia zasięgnąć żadnych wiadomości, popadli w recydywę, w 30% przypadków.

Według tych rezultatów, sądzi autor, że odjęcie szybkie morfiny chroni najlepiej od nawrotów choroby pod warunkiem, że chorzy będą przynajmniej przez dwa miesiące w leczeniu i pod okiem, że nie prowadzi ani do końca śmiertelnego, ani nie sprawia gwałtownych bólów, jak to bywa w razie odjęcia morfiny gwałtownie (*brusque*). (*La Semaine médicale* 22. Stycznia 1896).

18. K. Boeck: O przyżeganiu kwasem chromowym i azotanem srebrowym w praktyce syfilidologicznej. Sposób przyżegania przez autora podany polega na tem, że miejsce chorobowo zmienione pomazuje się naprzód 10% rozczynem wodnym kwasu chromowego a następnie zaraz przyżega kamieniem piekielnym. Sposób ten jest bardzo skuteczny w uporczywych owrzodzeniach kiłowych i nadaje się także do wrzodów miękkich i małych kończystych kłykcin (*condylomata*). Ból po użyciu jego nie jest bardzo znaczny. (*Monatshefte für praktische Dermatologie.* Tom XXI. 2).

19. E. R. W. Frank: W sprawie wyjaławiania kateterów. Autor desinfekcyonuje katetery wszelkiego rodzaju za pomocą par formalinowych i w tym celu daje je do cylindra szklanego stósownej wysokości z dnem dziurkowatem, osadzonem szczelnie w naczyniu z formaliną lub pastylkami formalitowemi. Doświadczenia z kateterami w różny sposób zakażonemi wykazały, iż po 24 godzinoch pobytu w parze formalinowej wyjaławiają się katetery zupełnie, tudzież, iż trzymają się dobrze za użyciem formaliny do desinfekcyi, jeżeli tylko były przedtem całkiem suche. Dlatego autor w podobny zupełnie sposób, jak używa formaliny, wysusza katetery chlorkiem wapna a dopiero potem poddaje działaniu formaliny. Używanie kateterów wyjętych z pary formalinowej jest całkiem nieszkodliwe. Cylindry szklane do desinfekcyi kateterów sposobem przez autora podanym pyrabiają bracia F. i M. Lautenschlägerowie w Berlinie. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 44. 1895).

20. L. Ferria: O elektrolizie liniowej zwężeń cewki moczowej. F. leczył 20 przypadków

zwężenia cewki moczowej za pomocą elektrolizy tak zwanej liniowej według metody Le Forta i narzędziem według niego podanem lubo nieco zmienionem i oświadcza, że ten sposób, do którego potrzeba prądu co najwięcej 20 miliamperów i 4 minut czasu, jest nadzwyczaj praktyczny, bo jedno posiedzenie wystarcza a skutek utrzymuje się dosyć długo, osobliwie jeżeli zwężenia leczy się następowo przez wprowadzanie zgłębników.

Przed operacyą należy zbadać zwężenie dokładnie, samej zaś elektrolizy dokonywa się w ten sposób, iż biegun dodatny przykłada się do skóry na brzuchu, biegun zaś ujemny wprowadza do cewki w postaci świeczki (*bougie*) Le Forta, całkiem izolowanej i mającej po wklęsłej stronie dzióba blaszkę platynową, którą trzeba przyłożyć do górnego brzegu zwężenia, poczem dopiero prąd się zamyka (czyli puszcza). Jeżeli elektroliza działa, posuwa się blaszka a wraz z nią i świeczka naprzód. Po przejściu w ten sposób zwężenia przerywa się prąd galwaniczny.

Do leczenia tym sposobem nie nadaje się zwężenie traumatyczne, z blizną tęgą, chrząstkowatą, pokręcone, ponad $1^1/_2$ cm. długie i otoczone modzelami (*callositas*). *(Gazzetta med. di Torino.* 24—26. 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 30. Stycznia 1896.

— Zestawienie dochodu i rozchodu na tablicę pamiątkową dla ś. p. profesora Rydla, wykonaną w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 15. Maja 1895.

Dochód: Redakcya *Przeglądu lekarskiego* 100 złr., profesorowie Uniw. Jagiell. (teologia, prawo i filozofia) 80 złr., Dr. Feliks Marcisiewicz 55 złr., prof. Dr. Aleksander Stopczański 25 złr., prof. Jakubowski, Dr. Machek i doc. Sroczyński po 15 złr., proff. Bujwid, Domański, Pareński, Pieniążek, Rosner ojciec, Rydygier i Walentowicz po 10 złr., prof. Kostanecki 8 złr., proff. Browicz, Gluziński, Jordan i Mars po 7 złr., Dr. Mikucki 5 rubli, doc. Żuławski 6 złr., Drzy Buszek, Cybulski, dyrektor Estreicher, Halban, Januszkiewicz, Kwaśnicki, Paszkowski, Obaliński, Stępiński, Teichmann, Wiszniewski, Wicherkiewicz, Zarewicz i X. X. po 5 złr., Drzy Bielański, Dura, Hoyer, Jaworski, Kluczycki, Korczyński starszy, Malinowski, Murdzieński, Ponikło, Seifmann, Trzebicky i Zaniełowski po 3 złr., Drzy Beck, Borzęcki, Bossowski, Braun, Buzdygan, Cholewicz, Gwiazdomorski, Kohn, Kopff, Korczyński młodszy, Łazarski, Łepkowski, Momidłowski, Rosenblatt, Rosner młodszy, Schaitter, Ściborowski, Stawowski, Słapa, Surzycki, i Szymkiewicz po 2 złr., Drzy Aronsohn, Biesiadecki, Blatteis, Bohosiewicz, Brudzewski, Cercha, Ciechanowski, Eichorn, Eliasiewicz, Filimowski, Filipkiewicz, Gabryszewski, Haim, Hirsch, Jeż, Junger, Jurowicz, Kaden, Kirschner, Komorowski, Kosiński, Kośmiński, Koy, Kramarzyński, Kryński, Krzyształowicz, Langie, Lustgarten, Lustig, Mączka, Mendelsburg, Milewski, Nowak, Olszewski, Piotrowski, Radecki, Raczyński, Rencki, Rościszewski, Różecki, Rutkowski, Schöngut, Schuman, Schneider, Skrzyński, Schwarc, Siedlecki, Simon, Skobel, Skórczewski, Śliwiński, Sokołowski, Spira, Świątek, Świtalski, Szewczyk, Szymonowicz, Torczyński, Wilkosz, adj. Wierzbicki, Zoll po 1 złr. Procent od złożonych składek 3 złr. 70 ct. — Suma dochodu 636 złr. 17 ct.

Rozchód: 1) P. Langmanowi, artyście rzeźbiarzowi za wykonanie i wmurowanie tablicy pamiątkowej w kościele św. Anny 550 złr. 2) Ś. p. Prylińskiemu za projekt 50 złr. 3) Ks. kan. Bukowskiemu za miejsce w kościele 50 złr. 4) Ks. kan. Bukowskiemu za nabożeństwo 10 złr. 5) Kursorowi 15 złr. 6) Drobne przygodne wydatki 5 złr. — Suma rozchodu 680 złr.

Deficyt 43 złr. 86 ct. pokryto z funduszów Tow. lek. krak. w myśl uchwały komitetu.

Prof. Dr. A. Walentowicz.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie odbytem dnia 23. Stycznia b. r.:

1) Oznajmił przewodniczący, dyrektor szpitala prof. Dr. Ponikło, że rok ubiegły, jako rok próby, dowodnie stwierdził korzyści z posiedzeń naukowych płynące i wyraził nadzieję, że piękna ta instytucya w r. b. wzmocni się i rozwinie.

2) Dr. Górski przedstawił i objaśnił przypadek tętniaka aorty z oddziału I. A.

3) Dr. Siedlecki opowiedział przypadek dysenteryi, naśladujący wgłobienie jelita (*intussusceptio interna*) i okazał preparat anatomiczny.

4) Dr. Rutkowski przedstawił chorego po laparotomii z powodu *appendicitis*.

— Pogrzeb ś. p. Dra F. Jawdyńskiego, o którego zgonie tak tragicznym donieśliśmy w poprzednim numerze, był wymownym dowodem czci i uznania, jakiemi cieszył się Zmarły wśród ludności warszawskiej. Tłumy publiczności odprowadziły zwłoki na miejsce wiecznego spoczynku, lekarze ponieśli trumnę na swych barkach, nad grobem przemówił Dr. Ciechomski, w imieniu zaś młodszej generacyi lekarzy pożegnał zwłoki wymownemi słowy Dr. Troczewski z Kutna.

— Warszawianie zajmują się w tej chwili za inicyatywą hr. Przeździeckiego, który zaofiarował na ten cel znaczną sumę, założeniem stacyj ratunkowych na wzór istniejących w Krakowie, w Wiedniu, we Lwowie i innych miastach a oddających ludności w nagłych przypadkach znakomite usługi. W tej sprawie wezwano do Warszawy Dra Vragassego, naczelnego lekarza Towarzystwa ratunkowego wiedeńskiego. Wobec ofiarności mieszkańców Warszawy na cele humanitarne i dobroczynne a uznania potrzeby stacyi ratunkowej w mieście liczącym przeszło pół miliona mieszkańców z wielką liczbą zakładów przemysłowych i żywym ruchem po ulicach jest nadzieja, iż instytucya, o której mowa, wkrótce rozpocznie swe zbawienne działanie.

— Izba lekarska krakowska wystosowała w sprawie lekarzy szpitali prowincyonalnych następującą petycyę do Sejmu:

Wysoki Sejmie!

W ciągu bieżącego roku wpłynęły do krakowskiej Izby lekarskiej ze strony jej członków liczne przedstawienia, tyczące się stosunków lekarzy w szpitalach prowincyonalnych w Galicyi.

Przedstawienia te i wnioski były przedmiotem obrad na VI. pełnem zebraniu Izby dnia 14. Grudnia 1895. Po wyczerpującem ich zbadaniu nabrała Izba lek. przeświadczenia, że gdy w czasie ery autonomicznej szpitale w kraju naszym doszły do stopnia znacznego rozwoju, to i równocześnie dzięki ulepszeniu ich urządzenia wzmogło się odpowiednio i zaufanie ogółu ludności do leczenia się w szpitalach, skutkiem czego zwiększyła się w nich frekwencya chorych, przysparzając zarazem w ten sposób wiele zajęcia lekarzom szpitalnym pod względem czysto zawodowym jak i administracyjnym.

Wzgląd to tem ważniejszy, ile że obecnie obserwacye lekarskie chorych wymagają wobec ciągłego postępu nauki nieraz żmudnych badań mikroskopowych i bakteryologicznych, z drugiej zaś strony wewnętrzne stosunki administracyjne szpitali nie odpowiadają dzisiejszemu ich rozwojowi i pozostawiają wiele jeszcze do życzenia. Tak n. p. lekarz ordynujący w szpitalu prowincyonalnym zależy od różnorodnych władz rządowych i autonomicznych, wydających częstokroć sprzeczne z sobą rozporządzenia, doprowadzające do przykrych kolizyj.

Również i w wewnętrznym zarządzie szpitali stosunek ten lekarza ordynującego do innych funkcyonaryuszów jest w niektórych szczegółach tak niedokładnie określony, że lekarz bywa w zakresie swego działania niejednokrotnie krępowany, niekiedy wprost ze szkodą dla celów leczniczych.

Personal lekarski w stosunku do zwiększającej się z roku na rok frekwencyi chorych i równo też wzrastającej pracy w ich pielęgnowaniu i leczeniu jest za szczupły; płace lekarzy wykazują rażący niestosunek do ich społecznego stanowiska, nabytego wieloletnimi a kosztownemi studyami; wreszcie zabezpieczenie bytu lekarzy szpitalnych odpowiednio do ich wysilającego, częstokroć z niebezpieczeństwem życia połączonego zajęcia nie jest dotychczas dostatecznie unormowane.

Lekarze szpitalni bowiem nie są dotąd uznani za urzędników krajowych a wskutek tego ani sami nie mają prawa do emerytury, ani pozostałe po nich wdowy i sieroty nie mają prawa do pobierania pensyj wdowich, względnie zapomóg z funduszów krajowych.

Wyszczególnione postulaty były powodem, że Izba lek. mając sobie powierzoną pieczę interesów stanu lekarskiego, uchwaliła zwrócić się do Wys. Sejmu z prośbą:

„Wysoki Sejm raczy uchwalić ustawę:

a) normującą należycie stosunek szpitali prowincyonalnych do władz przełożonych tak, jak to już jest w szpitalach za krajowe uznanych,

b) poddającą lekarzom-dyrektorom wszystkich funkcyonaryuszów rzeczonych szpitali we wszelkich sprawach, tyczących się wewnętrznego zarządu,

c) uznającą lekarzy szpitali prowincyonalnych za urzędników krajowych z równoczesnem powiększeniem ich liczby, podwyższeniem i unormowaniem ich pensyj w stosunku do rozległości zakresu ich działania, określeniem czasu służby i pięcioletnich dodatków do pensyi,

d) oznaczającą wysokość emerytury, tudzież pensyj wdowich i sierocych. *L. K.*

— **Miejsce dla lekarza** w Myszkowie i sąsiednim Mijaczowie. Dochód 300 rubli zapewniony.

— **Nekrologia**. W dniu 22. b. m. zmarł w Warszawie, przeżywszy lat 69 Dr. **Karol Kaczkowski**, b. starszy ordynator szpitala św. Łazarza, w końcu obywatel ziemski, lekarz powszechnie szanowany, autor wielu cennych prac z zakresu rolnictwa.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 4. W. Sobierański: O wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową ludzi. A. Grużewski: Przypadek strzaskania czaszki przebiegający bez objawów mózgowych, wyzdrowienie. J. Pawiński: Napady częstego oddychania (*polypnoë* (*tachypnoë*) *paroxysmalis*) ze stanowiska klinicznego (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 4. K. Jasiński: Przypadek ciąży jajowodowej. J. Weisblat: Przypadek t. zw. złamania prącia (*fractura penis*). A. Żurakowski: Kilka spostrzeżeń nad kolektorem bielańskim. — W *Przewodniku higienicznym*, Nrze 1. E. Jaworska: Kuchnia higieniczna dla chorych. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5-go Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. doc. Dr. Sroczyński powie kilka słów: *O zezie zastępczym w porażeniach mięśni ocznych* i przedstawi chorego; 2) kol. Dr. Słapa wygłosi odczyt: *O wynikach leczenia błonicy surowicą, osiągniętych w ciągu roku 1895. w szpitalu św. Ludwika.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.